

Таблица 1 – Структура патологии ПЕА и характер малоинвазивных ДБЭ-вмешательств

Характеристика					
патологии ПЕА	n (абс)	ДБЭ-манипуляций в зоне ПЕА	n (абс)	повторных «открытых» операций	n (абс)
Стриктура ПЕА после операции Partington	2	Биопсия зоны ПЕА	5	Операция Bern	2
Стриктура ХПС после операции Frey	1	Лазерная вапоризация стриктуры	1	Гепатикоеюноанастомоз	1
Несостоятельность ПЕА после операции Bern	1	Биопсия зоны ПЕА	1	Дренирование абсцесса	1
Остаточные конкременты в области ПЕА	6	Лазерная литотрипсия.	2		
		Механическая литотрипсия	1		
Остатки шовного материала	2	Удаление шовного материала	2		
Всего	12	Всего	12	Всего	4

Заключение. ДБЭ позволяет осмотреть зону ПЕА, которая до настоящего времени была недоступна для визуализации традиционными эндоскопами. В проведенном исследовании ДБЭ-осмотр ПЕА выполнен в 73% наблюдений, выявлены специфические осложнения ПЕА, включая стриктуру и несостоятельность. ДБЭ является перспективным направлением в малоинвазивной коррекции осложнений после плановых операций по поводу ХП с формированием ПЕА. При возобновлении болевого синдрома после традиционных операций на ПЖ в протокол обследования целесообразно включать, кроме КТ и МРТ-исследований, ДБЭ-осмотр петли по Ру и полости ПЕА.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАРУЖНОГО ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

Гаин М. Ю., Шахрай С. В., Гаин Ю. М.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Минск, Беларусь*

Введение. Возникающие боли и выраженный местный дискомфорт у пациентов с острым тромбозом наружных геморроидальных узлов в значительной степени влияют на физическую, социальную и часто психическую сферу человека, ограничивают его трудоспособность [1, 3, 4, 5, 6]. Поэтому разработка и внедрение эффективных методик лечения острого геморроидального тромбоза – важная, с экономической и социальной точки зрения, задача хирурга амбулаторной практики [1, 2].

Цель: оценка результатов лечения острого геморроидального тромбоза в амбулаторно-поликлинических условиях с применением лазерных технологий.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 430 пациентов. В 259 случаях имел место нодулярный тип острого наружного геморроидального тромбоза, при котором возможно выполнение в амбулаторных условиях хирургического вмешательства в виде того или иного варианта тромбэкстракции, что составляет 60,2% пациентов. У 125 пациентов (1-я группа) произведен следующий объем вмешательства: выделение из тканей тромбированного узла без вскрытия кавернозной капсулы после гидропрепаровки анестетиком, коагуляция и отсечение сосудистой ножки, при имеющемся кровотечении – дополнительный гемостаз; диссекцию тканей и гемостаз производили хирургическим полупроводниковым лазером с излучением длиной волны 940 нм и мощностью 12 Вт. Во 2-й группе (47 пациентов) применяли пункционную вакуумную тромбэкстракцию с лазерной локальной коагуляцией кавернозной капсулы лазерным излучением с длиной волны 1560 нм и мощностью 10 Вт, в течение 5 дней назначали местную терапию мазевыми аппликациями и венотоники. В 3-й группе (87 пациентов) применялась традиционная консервативная терапия.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивали по динамике болевой реакции, степени анального дискомфорта и морфологическим местным изменениям. Степень боли и дискомфорта оценивали по визуальной аналоговой шкале. Анализ результатов лечения показал преимущество активной хирургической тактики, что позволяет ко 2-3-м суткам всем пациентам 1-й и 2-й группы избавиться от болевых ощущений, при этом более чем у 80% пациентов обеих групп уже на 2-е сутки после вмешательства боли отсутствуют. В 3-й же группе у подавляющего числа наблюдаемых (90%) только с 3-х суток терапии появляется положительная динамика и в 60% случаев – только к концу первой недели у пациентов исчезает болевой синдром. Анализ результатов не выявил достоверных различий по интенсивности болевых ощущений между 1-й и 2-й группами, однако наличие открытого раневого дефекта в течение 5-7 дней и отсутствие такового после пункционной тромбэктомии с лазерной деструкцией позволяет говорить о преимуществах второй методики.

Выводы:

1. У пациентов с острым геморроидальным тромбозом (около 60% от их числа) возможно применение активной хирургической тактики в амбулаторных условиях.
2. Эффективными методиками оперативного лечения острого геморроидального тромбоза при локальной форме 1-2 степени является применение пункционной или инцизионной тромбэкстракции с лазерной коагуляцией наружного геморроидального узла.

Литература:

1. Алиев, С. А. Эволюция методов лечения острого тромбоза геморроидальных узлов / С. А. Алиев, Э. В. Ахмедова // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 2009. – № 2. – С. 117-121.
2. Гейниц, А. В. Лазерные технологии в хирургическом лечении осложненного геморроя / А. В. Гейниц, Т. Г. Елисова // Материалы науч.-практ. конф. «Лазерная медицина 21 века», 9-10 июня 2009 года. – Москва, 2009. – С. 29.
3. Мухин, А. Г. Лечение геморроя в амбулаторных условиях / А. Г. Мухин, А. В. Волков, М. Ю. Комарова // Колопроктология. – 2010. – № 1. – С. 18-21.
4. Comparison of topically applied 0.2% glyceryl trinitrate ointment, incision and excision in the treatment of perianal thrombosis / J. Cavcic [et al.] // Dig. Liver Dis. – 2001. – Vol. 33, № 4. – P. 335-340.
5. Excision of thrombosed external hemorrhoid under local anesthesia: a retrospective evaluation of 340 patients / J. Jongen [et al.] // Dis. Colon Rectum. – 2003. – Vol. 46, № 9. – P. 1226-1231.
6. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management / J. Greenspon [et al.] // Dis. Colon Rectum. – 2004. – Vol. 47, № 9. – P. 1493-1498.

ПОДКОЖНО-ПОДСЛИЗИСТАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С ШОВНОЙ ДЕАРТЕРИЗАЦИЕЙ И МУКОПЕКСИЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Гаин М. Ю., Шахрай С. В., Гаин Ю. М.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Минск, Беларусь*

Введение. В мировой проктологической практике существует множество хирургических методов лечения хронического геморроя [1, 2]. Наиболее популярными последние годы являются технологии малоинвазивных вмешательств. Однако ни один из методов нельзя признать в полной мере оптимальным, лишённым риска развития как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений [1, 2, 3, 5, 7]. Очевидно, это объясняет и тот факт, что в научных публикациях до настоящего времени можно встретить разные, иногда противоречивые сведения, касающиеся ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения хронического геморроя [1, 2, 4, 5, 6, 7].

Цель: изучить результаты лечения пациентов с хроническим геморроем после подкожно-подслизистой лазерной фотокоагуляции геморроидальных узлов лазерным излучением инфракрасного диапазона длиной волны 1560 нм в сочетании с шовным лигированием терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии и мукопексией.